

# 再診申込書

平成 年 月 日

ふりがな  
氏名

男・女 生年月日：大・昭・平 年 月 日

連絡先 自宅 ☎

携帯 ☎

携帯メールアドレス

## 安全な治療をすすめる為にお尋ね致します

### 【健康状態 今までに診断された病気について】複数回答可

- 特に異常なし 心臓病( 年 ヶ月前 )  
腎臓病 肝臓病・肝炎(B型 C型 不明) 糖尿病(血糖値: HbA1c: )  
高血圧(最高血圧: 最低血圧: ) 骨粗鬆症  
呼吸器の病気(喘息 肺気腫 その他 )  
脳血管障害( 年 ヶ月前 )  
アレルギー疾患( ) 体内結石(尿路結石など)  
その他( )

### 【現在医院(内科など)に通院中ですか？】

- はい いいえ

病院・医院 科 のため  
病院・医院 科 のため  
病院・医院 科 のため

### 【現在服用している薬、サプリメントはありますか？】

- はい いいえ \*お薬名がおわかりにならない方は次回お薬手帳をご持参下さい

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 【お薬のアレルギーはありますか？】

- はい(薬品名 ) いいえ

### 【現在妊娠していますか？】

- はい(妊娠 ヶ月) 可能性はある いいえ

【当院では歯科疾患(虫歯、歯周病、口臭、口腔乾燥症、舌痛症など)の背景にある栄養障害を改善する目的で皆様に\*血液検査を受けられる事をおすすめしております(自費診療¥3,500~税別：検査項目による)】

\*血液検査項目は一般的な医科での検査項目とは異なります

血液検査を 希望する 詳しく話を聞きたい 希望しない

早川歯科医院